

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1924

N°

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

SIMONNE DEVIN

Née le 1^{er} Avril 1897, à Cambrai (Nord)

ÉTUDE
DES
CENTRES D'ÉLEVAGE
DE NOURRISSONS

Président de la Thèse : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS
LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, Boulevard Saint-Michel, 49

1924

ÉTUDE
DES
CENTRES D'ÉLEVAGE
de Nourrissons

LE DOYEN M ROGER

PROFESSEURS

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance..
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des mala-
 dies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux ..
 Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires ...

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique

MM.
 NICOLAS.
 CUNEO.
 Ch. RICHET.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANCON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBE.

LECENE.
 LETULLE
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MENETRIER.
 ROGER.
 ACHARD.
 WIDAL.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 MARFAN.
 NOBECOURT.

CLAUDE.
 JEANSELME.
 P. MARIE.
 TEISSIER.
 DELSET.
 LEJARS.
 HARTMANN.
 GOSSET.
 De LAPERSONNE.
 LEGUEU.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN
 J.-L. FAURE
 Auguste BROCA.
 VAQUEZ.
 SEBILLEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOUIN
 BLANCHETIERE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMAREST

MM.
 DUVOIR
 FIESSINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 HEUTZ-BOYER
 JOYEUX.
 LABBE (Henri)
 LAIGNEL-LAVASTINE
 LANGLOIS
 LARDENNOIS

MM.
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBOULLET
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT
 RATHERY

MM.
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ
 STPOHL
 TANON
 TERRIEN
 VILLARET
 TIFFENEAU

—o—

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1924

N^o

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

SIMONNE DEVIN

Née le 1^{er} Avril 1897, à Cambrai (Nord)

ÉTUDE
DES
CENTRES D'ÉLEVAGE
DE NOURRISSONS

Président de la Thèse : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1924

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Professeur d'hygiène à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Laennec

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait l'honneur de présider notre
thèse ; hommage de notre vive gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DOCTEURS MARFAN, BRINDEAU, MAUCLAIRE,
ARROU, OETTINGER, COMTE, LION, GERNEZ

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MON PERE ET A MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

ANTONY DEVIN

Mort pour la France

A MON FRERE

A MES BELLES-SŒURS

A MON NEVEU MICHEL

A LA MEMOIRE DE MA MARRAINE

MADAME ROUSSEAU-CARRÉ

MEIS ET AMICIS

Le problème de la dépopulation est sans conteste un des plus angoissants de l'heure actuelle et on ne saurait trop chercher et étudier les moyens d'y apporter une solution. Pour contrebalancer la diminution constante de la natalité, origine de tout le mal, mais si difficile à enrayer, tous les efforts doivent tendre à faire baisser le taux de la mortalité qui est encore en France un des plus élevés de l'Europe. C'est la grande tâche qui incombe aux hygiénistes de notre époque et qui demande la coopération de tous les médecins. La mortalité infantile, on le sait, par son chiffre élevé en France, car il oscille en général autour de 13 o/o, contribue pour une grosse part à maintenir élevé le chiffre de la mortalité générale et s'attaquer à elle est un moyen et des plus attachants de combattre la dépopulation. C'est une question qui n'a pu nous laisser indifférent.

Le chiffre approximatif de 13 o/o cité ci-dessus est une moyenne. Il est évident que la mortalité des enfants de classe aisée, élevés par leur mère, est beaucoup plus faible; on l'estime à 5 o/o. Mais d'autre part, il y a toute la masse des enfants abandonnés, des enfants séparés de leur mère, des enfants de milieu pauvre, que la mort décime.

ous avons recueilli pour les enfants assistés un chiffre de mortalité variant de 30 à 75 o/o ; pour le département de la Seine le chiffre officiel de 1921 est de 28,38 o/o. Dans 26 départements sur 46, la mortalité a atteint ou dépassé 40 o/o.

Pour les enfants protégés, soumis au contrôle de la loi Roussel, le chiffre donné par les divers services et administrations est variable et entaché de nombreuses causes d'erreur. Si l'on consulte la statistique dressée par le service de la protection du premier âge, on trouve une mortalité qui ne dépasse pas 5 o/o ; mais l'on sait comme ce chiffre est calculé : il comprend des enfants de 0 à 2 ans, et la mortalité de zéro à deux ans est deux fois moins forte que de zéro à un an ; il ne comprend pas les décès survenus après le retrait des nourrissons et qui, d'après M. Dubiel, doivent augmenter le nombre des décès d'environ un tiers ; de plus il arrive souvent que le même enfant est compté deux années de suite comme enfant de moins d'un an, ce qui a encore pour effet d'améliorer la statistique ; enfin il y a encore le fait, qu'un certain nombre d'enfants sont mis en nourrice, préalablement à toute déclaration à la mairie, et en 1913, la statistique ministérielle permet de constater que leur proportion était de 17 o/o ; cela a pour effet de diminuer la mortalité des enfants protégés, car les premiers jours de l'arrivée chez la nourrice, un certain nombre d'enfants meurent par suite des fatigues du voyage, du changement d'allaitement et de soins.

Le service de la statistique générale donne comme mortalité des enfants de zéro à un an

18,9 0/0 en 1903

17 0/0 en 1908

13,7 0/0 en 1914

15,3 0/0 en 1915

Mais ici encore les enfants retirés du placement et mourant dans leur famille ne sont pas comptés.

On voit donc que la mortalité des enfants « séparés » de leur mère, pour quelque raison que ce soit, est très élevé. Le plus grand remède à y opposer serait d'empêcher la séparation de la mère et de l'enfant, car tout le monde est d'accord que « tout ce qui sépare l'enfant de la mère, le met en état de souffrance et en danger de mort ». Beaucoup d'efforts ont été faits dans ce sens : créations d'asiles maternels, d'allocations d'allaitement maternel, de secours préventifs d'abandon, etc... Mais tout cela est encore insuffisant, nous sommes encore loin du but à atteindre que « toute mère soit la nourrice payée de son propre enfant ». Beaucoup de raisons font que pendant longtemps encore, de nombreux enfants seront séparés de leur mère : orphelins, abandonnés, enfants dont la mère sans soutien doit gagner sa vie, enfants dont les parents : petits commerçants, employés, ne peuvent s'occuper, et aussi, depuis qu'est entreprise la lutte contre la tuberculose, enfants qu'il est nécessaire de soustraire au foyer familial contaminé par la tuberculose.

Combien sont ces malheureux enfants ? On estime leur nombre à 80.000 par an, mis à part les

enfants de tuberculeux. Où vont-ils ? A Paris, en 1913, un tiers des enfants nouveau-nés a été mis en nourrice. On sait leur sort. Certains puériculteurs et pédiatres estiment que leur mortalité atteint 50 o/o ; ce chiffre est probablement un maximum. Autrefois, quand l'allaitement au sein était encore largement pratiqué, le danger était moins grand ; mais actuellement 2 o/o des enfants mis en nourrice sont nourris au sein, 98 o/o sont élevés à l'allaitement artificiel.

Leur sort a depuis longtemps préoccupé certains hommes de cœur avertis. Et en France, il y a 50 ans, que la protection légale de la première enfance a été instituée par la célèbre loi Roussel, loi qui n'est malheureusement pas appliquée assez strictement. La surveillance médicale qu'elle institue, facultative au début de l'application de la loi, a été rendue obligatoire par des circulaires ministérielles ; mais elle n'est pas tout à fait généralisée. En 1913, l'inspection médicale des enfants protégés s'opérait sur 82 o/o de l'effectif ; elle s'est abaissée à 59 o/o en 1919 (par suite de mobilisation des médecins inspecteurs) et est remontée à 74 o/o en 1920. D'ailleurs la surveillance médicale des enfants protégés, ne comprend qu'une visite mensuelle, sauf pour les enfants assistés de la Seine qui ont droit à 20 visites pendant leur première année d'âge. Elle est tout à fait insuffisante ; le médecin ne suit pas l'enfant d'assez près pour avoir une influence heureuse sur son développement. Bien souvent aussi le médecin inspecteur est obligé de tolérer des nourrices incapables, trop bien protégées, elles, par des intérêts

plus ou moins électoraux. Quant aux médecins-inspecteurs qui signent les carnets de visite des nourrices sans avoir vu l'enfant, ils sont, espérons-le, fort rares.

De nombreux projets ont été faits en vue d'améliorer le contrôle de la loi Roussel. Le projet de loi Strauss et Dron, présenté au Sénat en 1918, beaucoup discuté, n'est pas encore voté. Parmi les modifications qu'il apporte à la loi Roussel, on note que, le certificat de la nourrice ne pourra lui être délivré que par le médecin-inspecteur, que la protection légale s'étendra aux enfants des nourrices, aux enfants dont les mères bénéficient du secours des femmes en couches, aux enfants des familles nombreuses, aux enfants dont les parents touchent un secours quelconque de l'Etat, du département ou de la commune, portant ainsi le nombre des enfants protégés à 350.000 environ, que la surveillance médicale s'exercera plus tôt, puisque le médecin devra faire une visite dans les 48 heures de l'arrivée de l'enfant, la nourrice devant déclarer cette arrivée, le jour même simultanément au maire et au médecin-inspecteur, et plus souvent, puisque les visites médicales seront bi-mensuelles, pendant les six premiers mois, puis mensuelles ; le projet de loi prévoit aussi la création d'un carnet d'élevage pour tout enfant.

On voit qu'élargie de cette façon, la loi Roussel sera de plus en plus bienfaisante. Malheureusement la surveillance médicale ne sera pas encore assez étroite. Les enfants placés en nourrice devraient être surveillés quotidiennement ; surtout pendant les

premiers mois de la vie et les chaleurs de l'été. On ne peut exiger du médecin-inspecteur un tel travail, ou bien on ne peut multiplier leur nombre suffisamment, aussi la surveillance légale des enfants « séparés » sera encore insuffisante.

Des philanthropes ont depuis longtemps songé à suppléer à l'insuffisance de la protection des enfants « séparés », légale ou non. A eux est due la création de nombreuses œuvres destinées à atténuer la malheureuse hécatombe de ces enfants. Des expériences successives ont été tentées. Il fut un temps où la multiplication des pouponnières semblait être la mesure la plus efficace à prendre pour sauver la première enfance. Puis on s'est aperçu qu'elles avaient de nombreux inconvénients. C'est alors qu'on est arrivé à la réalisation d'autres systèmes de protection et en particulier d'un système qui paraît donner les meilleurs résultats et être riche d'avenir : nous voulons parler des « *centres d'élevage surveillé du nourrisson* ».

* * *

C'est une création toute récente ; il y a à peine 4 à 5 ans qu'on a créé systématiquement de tels centres. Mais l'idée était en germe dans une autre œuvre s'adressant à la grande enfance ; elle a été reprise et appliquée à l'élevage des nourrissons séparés de leur mère. C'est à Grancher qu'il faut remonter en France pour trouver l'origine du placement familial et surveillé des enfants. Grancher en 1902, à qui ses travaux avaient montré que l'enfant contracte la tuberculose au foyer familial auprès de

parents contaminés voulut sauver l'enfance, avenir de la race ; il conçut que la séparation des enfants encore sains de leur famille malade et leur envoi à la campagne les garderaient indemnes. Ce fut l'origine de l'*Œuvre Grancher*, œuvre de la préservation de l'Enfance contre la tuberculose, œuvre qui n'a fait que s'accroître. Le premier foyer de placement commença de fonctionner en 1903. Il ne comprit d'abord que des enfants au-dessus de 3 ans, car Grancher craignit d'exposer les enfants en bas-âge à tous les dangers qui les guettent en élevage mercenaire et ne voulut pas que leur mortalité pût être imputée à la tuberculose. Plus tard cette lacune fut comblée par une œuvre similaire « *Le Placement familial des tout-petits* », puis par la création d'un centre de l'Œuvre Grancher à *Couture*.

Tandis qu'en France Grancher jetait les bases de son œuvre, à la même époque, en 1902, aux Etats-Unis, se fondait la « *Speedwell Society* », sur l'initiative du Docteur Chapin, se donnant pour but de recueillir les enfant abandonnés et de les placer dans des familles à la campagne. Cette société s'est depuis très développée.

En France, les premiers centres d'élevage surveillé destinés aux enfants en bas-âge, furent installés en 1909 à Porchefontaine, autour de la Pouponnière bien connue ; ils reçurent le nom de « *Nids* » de *Porchefontaine*, mais le principe qui procéda à leur fondation est le même que celui des récents centres d'élevage. De nouveaux centres furent créés par la Société « *La Nouvelle Etoile des petits enfants de France* » à *Montmorency* en 1916 ; le centre de *Main-*

ville fut créé en 1919 ; « l'Association centrale de travail et d'assistance » créa *La Loupe* en 1917, *Montfort l'Amaury* (1918), *Houdan* (1920), *Orgeval*, *Méré*, *Maule*, *Chevreuse* (1923), *Arnouville* (1923). Le centre de *Mandres* fut installé par l'Argonne Association en 1920. De même le premier centre de l'Œuvre du Placement familial des tout petits fut ouvert à *Salbris* en 1920, bientôt suivi des centres de *St-Viatre*, *Argent*, *Blancafort*, *La Ferté St-Aubin*, *Marcilly*. Le centre de *Couture* de l'Œuvre Grancher fut fondé en 1921, et suivi de la création du centre de *Menes-
trau*.

*
* *

Qu'est-ce qu'on appelle un « centre d'élevage de nourrissons » ? C'est un village ou un groupe de villages dans lesquels sont placés des enfants spécialement choisis, âgés de 0 à 2 ans, dans des familles nourricières, pour y être élevés sous la surveillance d'un médecin et d'une infirmière visiteuse. C'est une « décentralisation » de nourrissons placés chacun dans une famille différente, contrairement à ce qui a lieu dans une pouponnière, par exemple, où les enfants sont élevés dans un même local. C'est une amélioration de l'ancienne mise en nourrice, par laquelle on se contentait de placer les enfants chez des femmes disséminées sur tout le territoire, soumises à la seule surveillance des médecins-inspecteurs des enfants protégés. C'est un centre de placement familial surveillé comme on l'appelle plus justement.

Comment choisit-on un centre d'élevage ? Il faut

rechercher d'abord un pays salubre, de climat sain, où les habitations soient propres et aérées. Il faut trouver des éleveuses qui veuillent bien se consacrer à l'élevage des nourrissons, par conséquent pas trop aisées, mais non plus misérables, et que leur caractère soit assez docile pour qu'elles acceptent les observations du médecin et de l'infirmière, et qu'elles soient accessibles à l'éducation hygiénique. Il faut que le pays puisse fournir du lait d'une manière régulière, provenant de vaches saines et surveillées au point de vue tuberculeux. Il faut enfin trouver un médecin compétent en puériculture et une infirmière capable et dévouée. Toutes conditions qu'il n'est pas facile de réunir.

Actuellement les centres d'élevage s'organisent suivant deux plans différents : centres avec dispensaire ou *centres complets*, et *centres simplifiés* ou sans dispensaire. Les premiers possèdent une maison où se trouvent une salle pour consultation, une biberonnerie, une infirmerie de quelques berceaux, à côté du logement de l'infirmière. Tels sont les centres de Mainville, Mandres, Salbris, Argent, la Ferté-Saint-Aubin, Maule, Couture. Les centres simplifiés sont ceux de l'Association centrale de travail à Houdan, La Loupe, Orgeval, Chevreuse.

A part cette différence, ce deux sortes de centres fonctionnent de la même façon. La base même de leur fonctionnement, c'est la surveillance des enfants par un médecin et surtout par une infirmière-visiteuse qui est le pivot et l'âme du centre. En effet, à elle incombe la préparation du lait et des biberons destinés aux enfants du centre, les conseils à don-

ner aux éleveuses que souvent elle a la charge de choisir, enfin la surveillance journalière des enfants. Par ses visites quotidiennes, l'infirmière instruit l'éleveuse, lui apprend à régler l'allaitement artificiel, à respecter les règles de l'hygiène concernant la propreté du nourrisson, de son biberon, de son berceau, du logis même de l'éleveuse. Elle peut suivre au jour le jour le développement du nourrisson, dépister à leur début toute maladie, tout trouble digestif. Quand l'enfant lui paraît en danger elle fait appeler le médecin, explique et fait exécuter ses ordonnances. Car le contrôle du médecin ne se fait à l'ordinaire que par la consultation hebdomadaire au dispensaire quand le centre en comporte un, ou par les visites au domicile de l'éleveuse que le médecin fait en général deux fois par mois dans les centres simplifiés. C'est au médecin de s'assurer que le développement est normal ou au contraire nécessite un traitement particulier. Chaque enfant est pesé une fois par semaine et sa courbe de poids est soigneusement tenue à jour sur sa fiche personnelle où sont encore consignés ses antécédents héréditaires et personnels, son mode d'alimentation, les incidents de son développement. Si un enfant tombe malade il est soigné à l'infirmerie dans les centres complets, et c'est un de leurs avantages ; en effet, cela évite d'envoyer le petit malade à l'hôpital, qu'il lui est si souvent funeste ; à l'infirmerie il reçoit les soins éclairés de l'infirmière et du médecin sans courir le risque de contagion du milieu hospitalier. L'infirmerie sert aussi à mettre en observation les enfants nouvellement admis qui sont surveillés, examinés avant d'être confiés à l'éleveuse.

Les nourrissons sont nourris au lait de vache, acheté dans les fermes du pays, centralisé tous les matins chez l'infirmière qui le stérilise, le répartit dans les biberons et fait les coupages, si c'est nécessaire. Bien souvent aussi, soit que la santé du nourrisson l'exige, soit qu'il soit difficile de se procurer un bon lait, on lui donne du lait condensé sucré, du lait en poudre. En cas de dyspepsie ou de gastro-entérite, on emploie les bouillies maltées, le babeurre frais ou condensé. La manipulation du lait se fait à la biberonnerie du dispensaire dans les centres complets ; les nourriciers vont y chercher chaque matin la ration de leur pensionnaire à laquelle on joint une tétine bouillie. Dans les centres simplifiés c'est l'éleveuse elle-même qui prépare les biberons, d'après les conseils de l'infirmière qui s'est chargée de son éducation à cet égard. Les traitements d'ordre général qu'on a le plus souvent à instituer sont le traitement anti-syphilitique par les frictions mercurielles, la liqueur de Van Swieten, les piqûres de sulfarsénobenzol ; le traitement anti-rachitique ; le traitement anti-infectieux.



Comment sont recrutés les nourrissons des centres d'élevage ? Ceux-ci sont choisis par le comité de direction des centres. Ils comprennent des enfants assistés, des enfants placés par leurs parents, des enfants dont le foyer familial est contaminé par la tuberculose. Les enfants assistés de la Seine sont

acceptés à Mainville, Milly, Chevreuse ; ceux de Seine et Oise à Maule, Orgeval ; le Préfet de l'Oise a récemment demandé à Madame Zimmern, présidente de l'Association centrale de travail et d'Assistance qu'elle organise un centre d'élevage pour les enfants assistés de son département. Pour les enfants que les parents ou seulement la mère demandent à placer, il faut prendre des précautions et se renseigner sur les raisons de cette demande ; car il ne s'agit pas d'encourager la séparation de la mère et de l'enfant, de favoriser l'allaitement artificiel. On s'assure en général par une enquête sérieuse que la mère est dans l'impossibilité physique de nourrir son enfant ou n'a pas le temps de s'en occuper (domestiques, femmes qui travaillent tout le jour), ou bien que le foyer familial est trop pauvre et insalubre et que l'enfant n'aurait pas de chances d'y vivre.

Pour ce qui concerne les enfants de tuberculeux, on n'est plus alors en présence de demande spontanée des parents ; c'est aux médecins, aux dispensaires, aux infirmières visiteuses, à dépister ces enfants et à employer toute leur persuasion à les arracher à la famille en même temps qu'à la tuberculose. C'est l'œuvre des dispensaires de l'Office d'hygiène sociale de la Seine, des dispensaires Léon Bourgeois, de la crèche de l'hôpital Laennec, des services sociaux des hopitaux, etc. Ces enfants sont placés dans des centres d'élevage qui ont été spécialement créés pour eux (Mainville excepté, qui cependant en accepte) et qui sont le centre de *Couture* et tous les centres du *Placement familial des tout petits*. Avant d'y être envoyés, il

faut qu'ils subissent un examen médical sérieux ; on pratique la cuti-réaction, l'examen radiographique, avant de déclarer qu'un enfant est indemne de tuberculose et peut être envoyé en placement familial. En effet les travaux de M. Léon Bernard et de M. Debré ont montré que la période d'incubation de la tuberculose peut durer quatre mois ; que pour juger de l'infection tuberculeuse une seule cuti-réaction ne suffit pas mais qu'il faut en faire une série pendant quatre mois ; qu'au delà de six mois de contact avec sa mère un nourrisson est sûrement tuberculisé ; qu'un nourrisson infecté par sa mère a autant de chances de survivre que de mourir s'il en est séparé à temps. Pour accepter un nourrisson de mère tuberculeuse il faut donc le mettre en observation pendant un certain temps. Ceci est réalisé minutieusement à la crèche de l'hôpital Laennec où passent les enfants recrutés par le « Placement familial des tout-petits » avant d'être envoyés dans les foyers, et c'est grâce à cette période d'observation et à cet examen par des médecins très compétents, que la préservation de la tuberculose des tout-petits arrive à son but. Dans certains cas, malgré une cuti-réaction positive, si l'observation du nourrisson par des médecins compétents ne montre pas une évolution de l'infection tuberculeuse, l'enfant pourra être placé dans un centre. Mais il devra être surveillé, afin qu'on puisse dépister à son début une évolution quelconque de la tuberculose qui compromettrait non seulement sa santé ; mais aussi celle de ses parents nourriciers et la confiance que ceux-ci peuvent avoir

dans le système du placement familial et dans la compétence de ses directeurs.

Il est encore une catégorie d'enfants qui auraient grand avantage à être placés dans des centres d'élevage ; ce sont les convalescents sortant des crèches et services d'hopitaux ; la Société de Pédiatrie désire la création de centres spéciaux pour ces enfants débiles.

Le nombre d'enfants d'un centre d'élevage est variable ; il dépend de multiples conditions : budget de l'œuvre, nombre d'infirmières, éloignement des maisons des nourriciers. Il est en général d'une quarantaine par centre ; quelques-uns en ont davantage. Quand le centre ne peut disposer que d'une seule infirmière, le nombre des enfants doit être restreint car l'excellence des résultats est en raison directe de l'étroitesse de la surveillance. Il y a tout intérêt à ce que l'infirmière ne soit pas surmenée par de trop nombreuses visites afin qu'elle les fasse correctement ; elle ne peut guère surveiller utilement plus de vingt enfants par jour.

*
* *

QUELQUES CENTRES EN PARTICULIER

MAINVILLE (Seine et Oise).

Ce centre fut créé par Mme R. Dubost en 1919. La direction médicale est confiée aux Docteurs Blochmann et François. C'est un centre complet avec

dispensaire très bien aménagé où se trouvent, à côté du logement de la directrice et des deux infirmières adjointes, la salle de consultation, la biberonnerie, une infirmerie de quatre berceaux dont l'isolement est réalisé très simplement mais très efficacement par des paravents tendus de toile lavable.

Le lait provenant d'une ferme modèle est stérilisé dans un appareil de Gentile, et distribué tous les matins aux nourriciers.

Les éleveuses sont réparties dans un rayon de 2 km. De la sorte elles peuvent facilement se rendre à la consultation du médecin au dispensaire et qui est hebdomadaire.

Les enfants admis sont âgés de un à six mois et sont gardés jusqu'à deux ans et même davantage, sauf les enfants assistés qui sont repris par l'Assistance publique à 18 mois. Le centre reçoit des enfants placés en nourrice par leurs parents, des enfants placés par l'Office d'hygiène sociale de la Seine qui étaient plus nombreux au début de la fondation du Centre, mais qui actuellement sont envoyés de préférence à l'œuvre du Placement familial des tout-petits, enfin des enfants assistés de la Seine qui sont admis depuis juin 1922 et qui en 1924 formaient la majorité, un peu plus de la moitié des enfants. Il est à remarquer que dans ce centre bien organisé, la surveillance s'étend aux enfants du village dont les mères sont venues spontanément à la consultation demander des conseils, et que ces enfants sont suivis à domicile par les infirmières du centre. Celles-ci sont au nombre de trois ; jusqu'à présent

elles ont toujours été de nationalité anglaise car la direction apprécie beaucoup leur solide instruction et la façon excellente dont elles s'acquittent du service social.

Chaque fois qu'un nourrisson est malade il est soigné à l'infirmierie dont les 4 lits sont occupés toute l'année, soit par ces enfants malades, ou par des débiles ayant besoin d'une grande surveillance, soit par les nouveaux admis qui ne sont jamais confiés à une éleveuse avant d'avoir été observés, avant qu'on soit sûr du mode d'alimentation qui leur convient le mieux.

La cuti-réaction est pratiquée tous les trois mois chez les enfants de l'Office d'hygiène de la Seine ; par précaution ils ne peuvent être visités que tous les mois. Deux nourrissons dont la cuti était positive n'ont pas présenté de signes d'évolution de bacilliose.

Depuis la fondation de ce centre jusqu'à 1923 inclus, la mortalité du centre a été de 19 sur 281 enfants placés en nourrice ce qui donne un taux de 6,64 pour cent. Chez les enfants libres du village la mortalité n'a pas dépassé 1,06 o/o. Les décès ont été causés par la tuberculose, la broncho-pneumonie, des troubles digestifs à rechutes chez un prématuré, la diarrhée foudroyante. Devant le danger permanent de la rougeole et de ses complications, la séro-prévention de la rougeole a été tentée en 1923 pour le plus grand bien des enfants : sur tous les enfants injectés, il n'y a eu que deux cas de rougeole *abortive*, sur ceux non injectés, la

rougeole à éclos et a provoqué une mort par bronchite capillaire. La séro-prévention de la coqueluche n'a pas donné de résultats probants.

Le prix de revient à Mainville est en raison même de l'excellence de l'organisation, assez élevé, il est de 180 francs au moins par mois et par enfant. Les nourrices sont largement payées (150 fr.), les infirmières aussi. L'Assistance publique paie pour ses pupilles 180 francs, l'Office d'hygiène seulement 150 francs. Les frais supplémentaires sont couverts grâce à la générosité de Mme Dubost et grâce à de rares subventions officielles.

MANDRES.

Fut organisé par l'Argonne Association en 1920. Il est dirigé par les docteurs Guinon et Ribadeau-Dumas.

Il comporte un dispensaire avec deux chambres d'isolement, pour les nourrissons nouvellement admis, soumis à une observation de 15 jours. Avant leur départ, ceux-ci sont l'objet d'une enquête, subissent une cuti-réaction et une prise de sang pour la recherche du Wassermann. L'œuvre ne prend les enfants qu'à 3 mois. Leurs antécédents sont en général lourdement chargés. Sur 44 admis on relève 22 cas d'hypothrepsie, 11 cas de rachitisme avéré, 2 hérédo-syphilitiques, 2 porteurs d'un foyer de bacillose.

L'alimentation est variable. La base en est le lait sec Dryco, qui est bien supporté et donne un

accroissement normal surtout pendant les premiers mois, qui donne de bons résultats dans les cas de sevrage brusque, de dyspepsie. Les rations sont toujours supérieures à la normale car elles sont destinées à des débiles. Quand l'enfant n'augmente pas de poids avec le lait sec, il est mis au lait stérilisé par le dispensaire.

Sur 44 enfants admis en un an, 4 décès, soit une mortalité de 9 o/o : ce chiffre paraît élevé, mais il faut savoir que les enfants sont presque tous tarés et débiles.

L'OEuvre s'est préoccupée de maintenir un lien permanent entre les enfants et leurs parents. Elle envoie le bulletin de santé, provoque les visites des mères, récompense les nourrices les plus consciencieuses. Aucun enfant n'a été abandonné par sa mère.

CENTRES DE L'ASSOCIATION CENTRALE DE TRAVAIL ET ASSISTANCE

Mme Zimmermann qui dirige la Société, a créé de nombreux centres d'élevage sur le type simplifié.

L'OEuvre prend les enfants de famille nécessiteuse, de filles-mères, et exige que l'enfant soit nourri au moins six semaines par sa mère, et même davantage s'il est en état d'infériorité ; elle les garde jusqu'à trois ans environ. L'OEuvre accepte les enfants assistés de la Seine et Oise dans son centre de Maule, Orgeval, ceux de la Seine à Chevreuse. Sur la demande du préfet de l'Oise, elle a organisé tout dernièrement un centre à Chaumont-en-Vexin, où

elle recevra des enfants assistés du département, et pour compléter le centre, des convalescents de l'hôpital des Enfants malades de Paris.

Les centres étant « simplifiés », n'ont pas de dispensaire. La surveillance s'effectue par les visites de l'infirmière-visiteuse qui ont lieu tous les jours ; au début de l'arrivée de l'enfant et quand un incident quelconque survient, la surveillance est très assidue. Le médecin de ces centres est en général, le médecin-inspecteur des enfants protégés, qui voit les nourrissons deux fois par mois à la consultation. En hiver, pour éviter que les enfants ne sortent par les intempéries, le médecin se rend au domicile de l'éleveuse avec l'infirmière. Toutes les semaines les nourrissons sont pesés par l'infirmière, qui dans les centres de quelque importance, a à sa disposition une automobile lui permettant de faire ses visites avec facilité et transporter les balances, fiches, etc... Tous les mois, soit le D^r Aviragnet, soit le D^r Méry visitent les centres et on leur soumet les cas difficiles.

Dans ces centres, l'infirmière ne prépare pas les biberons ; elle apprend à l'éleveuse à stériliser le lait, à le manipuler proprement, à faire les coupages. Très souvent d'ailleurs, on emploie le lait condensé sucré, le lait sec, le babeurre condensé, le lait réduit par ébullition qui dans bien des cas a sauvé des nourrissons intolérants à tous les autres laits.

Comme il n'y a pas d'infirmier, les enfants sont soignés chez l'éleveuse ; en cas de maladie contagieuse ou grave, on doit les envoyer à l'hôpital.

Le prix de revient par mois est d'environ 150 fr. par enfants. Les nourrices sont payées 100 francs, on leur fournit le lait. En général elles ont plusieurs enfants, trois et même quatre, mais n'en ont qu'un qui ait moins d'un an. L'Œuvre reçoit une subvention du Ministère de l'Hygiène, du Ministère des Colonies, de la ville de Paris, des départements. Elle a un capital social produit de cotisations, de souscriptions. La contribution des parents est toujours très minime, car il s'agit souvent de filles-mères, de domestiques.

Le centre le *La Loupe* (Eure et Loir), le plus ancien a reçu de 1919 à 1922 inclus, 320 enfants. En 1923, il comptait 83 enfants dont 50 nouveaux et a eu 2 décès. C'est dans ce centre qu'un enfant coûte le moins cher : 120 francs par mois.

Le centre de *Houdan* (S. et O.) a élevé 114 enfants de 1921 à 1924 avec seulement 5 décès pour cette période, dont 3 sur l'année 1923, pendant laquelle 55 enfants nouveaux ont été admis dont 41 nouveaunés.

Le centre d'*Orgeval* (S. et O.) reçoit des enfants d'un an environ sortant de la pouponnière de la rue d'Alésia. Un enfant coûte 160 francs. Sur 50 enfants 1 décès.

A *Maule* (S. et O.) on reçoit des enfants assistés de Seine et Oise. En 1923, 114 enfants dont 63 nouveaux âgés de 3 mois au plus, de 8 jours au moins, 11 décès, chiffre élevé (10 0/0) mais beaucoup de nouveaunés reçus sont débiles, tarés. Parmi les enfants de ce centre, on est frappé en effet de la fré-

quence des fronts « olympiens », des gros crânes, des nez effondrés, coexistant d'ailleurs avec un bon état général et une nutrition satisfaisante. Plusieurs, âgés de 12 à 18 mois, ne marchent pas, ne parlent pas, malgré une taille et un poids presque normaux.

Le traitement antisiphilitique qu'on a souvent à appliquer se fait par les frictions mercurielles, la liqueur de Van Swieten, les suppositoires à l'arséno-benzol, en dernier lieu par les piqûres de sulfarsénol. — Dans ce centre, on a installé une petite infirmerie de quelques berceaux pour les enfants trop chétifs et pour la mise en observation des nouveaux.

Le centre de *Chevreuse* fondé en mars 1923 a reçu jusqu'au 1^{er} janvier 1924, 24 enfants nouveaunés dont 8 enfants assistés. Pas de décès pendant cette période. L'installation d'une infirmerie est en projet.

A *Arnouville*, centre tout nouveau, furent acceptés jusqu'au 1^{er} janvier 1924, 30 enfants dont 23 nouveaunés et 3 paires de jumeaux, 4 décès dont 3 par gastro-entérite et 1 d'infection généralisée.

Le centre de *Cepoy* prend des enfants de 1 à 2 ans au nombre de 24. Pas de décès.

Le centre de *Montfort l'Amaury* (S. et O.) a fonctionné plusieurs années, mais a dû être fermé le médecin-inspecteur rendant tout travail impossible ; les enfants ont été transférés sur les autres centres.

L'OEuvre a une maison à Berk-Plage où elle envoie les enfants qui ont besoin d'une cure marine.

CENTRES POUR ENFANTS DE TUBERCULEUX

1. — *Centres de l'Œuvre du Placement familial des tout petits*

L'Œuvre fut fondée par Mme Arnold Seligmann, qui installa le premier centre en 1920, à *Salbris*, avec la collaboration médicale du Professeur Léon Bernard. Ultérieurement on adjoignit à *Salbris*, le centre secondaire de *Saint-Viâtre*, puis deux nouveaux centres furent organisés, comprenant chacun un poste principal à *Argent* et à la *Ferté Saint-Aubin* et un poste secondaire à *Blancafort* et *Marcilly*. L'Œuvre compte s'étendre et faire bénéficier d'autres enfants que ceux de la Seine de son excellent système ; elle compte installer de nouveaux centres dans l'Oise, le Loiret, la Seine-et-Oise, la Marne, le Rhône.

Tous les centres de l'œuvre ont un dispensaire avec biberonnerie, mais seuls les centres principaux ont une infirmerie. Le lait est fourni par des fermes modèles dont les vaches sont surveillées au point de vue de la tuberculose.

L'Œuvre recrute ses protégés parmi les nourrissons de la crèche de l'Hôpital Laënnec où ils sont examinés par les Docteurs Léon Bernard et Debré et où toutes les garanties cliniques sont prises avant de les envoyer dans les foyers, et parmi les enfants qui lui sont proposés par l'Office d'hygiène sociale de la Seine. Depuis 1923, l'Œuvre est en liaison avec la Clinique Baudelocque qui lui envoie des nouveau-

nés de femmes tuberculeuses, aussitôt leur naissance, réalisant ainsi la prophylaxie anténatale de la tuberculose ; sur l'année, 31 nouveau-nés de cette origine ont été admis.

L'âge d'admission est compris entre 0 et 2 ans, l'âge limite est de 4 ans ; les parents s'engagent à laisser leurs enfants à l'œuvre au moins 2 ans et ne font pas plus de quatre visites par an. Pour être acceptés les enfants ne doivent présenter aucun signe de maladie en évolution ; mais la cuti-réaction positive n'est pas une cause d'exclusion quand l'examen clinique ne décèle pas une bacillose évoluant. En 1923, sur 83 enfants admis, 38 avaient une cuti-positive, ce qui fait une proportion de 45 o/o. L'œuvre n'exige pas non plus un âge et un poids minima pour l'admission. En 1923, sur 115 enfants admis, 65 avaient moins d'un an, un avait 13 jours, 2 avaient 17 jours, 1 avait 23 jours, un 24 jours, 16 moins de 30 jours, 38 moins de 2 mois. Et parmi ces enfants l'OEuvre a admis et sauvé : un enfant pesant 2 kilos 750 à 5 semaines, un pesant 3 kilos à 23 jours, un 3 kilos 200 à 6 semaines, un 3 kilos 300 à 7 semaines.

Malgré cette grande proportion d'enfants en bas-âge et de débiles, l'état sanitaire reste satisfaisant ; on n'observe pas de troubles digestifs graves ; la rougeole et la coqueluche, inévitables, sont rendues bénignes grâce à la séro-prévention. Les enfants sont toujours soignés à l'infirmerie ; ce n'est que rarement qu'on doit les transférer sur un hôpital parisien. L'utilité de l'infirmerie se prouve par

Le nombre des journées d'infirmierie qui a atteint pour une année 662 pour Salbris, Saint-Viâtre ; 521 pour le centre d'Argent, 364 pour celui de la Ferté. Dans quelques cas l'infirmierie a servi de « maison maternelle » : elle a abrité des femme qui, ayant un mari tuberculeux et désirant travailler à sa place, ont confié leur bébé en bas âge à l'OEuvre ; elles ont été hébergées quelques jours pour faciliter le sevrage de leur nourrisson et son adaptation à son nouveau milieu.

Le mouvement des centres a été le suivant pour l'année 1923 :

{	Restant le 31 Décembre 1922	115 enfants
	Entrés dans l'année 1923	115 —
	Revenus de l'Hôpital	2 —
Décès aux centres	6	{ 2 par broncho-pneumonie 3 par gastro-entérite aiguë 1 par débilité congénitale 3 décès par tuberculose.
Envoi à l'Hôpital	6	
Envoi en préventorium	1	
Renvoi pour infraction au règlement de la part des parents	2	
Adoption	2	
Passage dans des centres d'enfants plus âgés	7	
Repris par la famille par suite de la cessation de la contagion	17	
Repris par la famille malgré la persistance de la contagion	16	
Départ de la famille hors du département de la Seine..	3	

De ce qui précède, on peut calculer la mortalité qui a été de 6 décès pour 232 enfants, soit 2,5 o/o. Parmi les enfants envoyés à l'hôpital, 3 sont décédés dans le mois qui a suivi leur envoi. En ajoutant ces

3 décès, le taux de mortalité passe à 3,8 o/o, ce qui est encore infime, si on compare à la mortalité des enfants laissés en contact avec leurs parents tuberculeux.

Pour l'exercice 1923, le prix de revient d'une journée d'enfant a été de 6 fr. 31. L'OEuvre a reçu cette année une subvention du pari mutuel ; elle a une subvention du Ministère de l'hygiène ; ses ressources sont les prix de pensions payées par l'Office d'hygiène, les contributions familiales très minimes (1.500 francs pour l'année), le montant de ses cotisations, les souscriptions recueillies par sa présidente Mme Arnold Seligmann et sa trésorière Mme Alfred Sussmann, dont la générosité et l'activité contribuent pour la plus grande part au succès de l'OEuvre.

II. — Centres de l'OEuvre Grancher

Le premier centre de l'OEuvre Grancher pour les enfants en bas âge ne fut créé qu'en 1921, dix-huit ans après la fondation de l'OEuvre. Le centre de Couture comprend un dispensaire avec biberonnerie, il n'a pas d'infirmérie. Le Docteur Armand-Delille, qui le dirige, est en effet d'avis qu'un enfant malade doit être soigné par l'élèveuse à son domicile, afin que le temps de l'infirmière-visiteuse ne soit pas tout absorbé par les soins exigés par les malades. En cas de maladie grave ou contagieuse l'enfant est transféré sur un hôpital.

Les enfants sont recrutés par les dispensaires de l'Office d'hygiène, les dispensaires Léon Bourgeois,

les services sociaux des hôpitaux et maternités (prophylaxie anténatale). Ils doivent avoir un dossier le plus complet possible et sont examinés par le Docteur Armand-Deille avant leur admission définitive.

Le Centre de Couture (Loir-et-Cher) comprenait 15 enfants en 1923 ; le centre de Menestrau en avait 19.

Les nourriciers sont payés 80 francs par mois, plus le lait. L'Œuvre Grancher à côté des revenus de son important capital, subsiste avec des subventions du Ministère de l'hygiène, du Conseil général, du Conseil municipal, avec les prix de pensions payés par l'Assistance publique, l'Office d'hygiène, etc...

AUTRES CENTRES

D'autres centres existent encore soutenus par des œuvres diverses ; nous les mentionnerons simplement. Ce sont : les « Nids » de Porchefontaine, créés par Mme Veil-Picard ; le centre de Montmorency dirigé par Mme Gonse-Boas. Citons encore un centre analogue formé par l'œuvre des crèches parisiennes à Varengeville et Hautot près de Dieppe, surveillé par une sage-femme et qui ne comprend pas plus d'une quinzaine d'enfants. Le prix de revient en est très bas : 4 francs par jour.

CENTRES A L'ÉTRANGER

La Speedwell Society, que nous avons déjà citée, existe à New-York depuis 1902. Elle place surtout des enfants assistés, car aux Etats-Unis la mise

en nourrice est ignorée, toutes les jeunes mères demeurant à la maison pour soigner leurs enfants, mais elle s'occupe aussi d'enfants très nécessiteux ayant besoin de vivre à la campagne. Les enfants sont envoyés à la campagne dans des familles choisies, de préférence sans enfant ; ils sont surveillés par un médecin et une infirmière-visiteuse qui prépare les biberons elle-même. Un centre ne comporte pas plus de 30 enfants ; chaque éleveuse n'a qu'un enfant à la fois, jusqu'à l'âge de 18 mois seulement. De 1902 à 1917 l'œuvre a placé plus de 3.500 enfants. La mortalité est très faible grâce à l'organisation et à la surveillance excellentes. Une journée d'enfant coûte 1 dollar 15, prix très élevé, mais encore bien inférieur à celui des asiles de ville. Un certain nombre d'enfants sont adoptés par leur famille nourricière.

En Angleterre existe un genre de placement familial pour les enfants assistés mais de tous âges : les villages d'enfants du Docteur Barnardo (Dr Barnardo's homes). On y reçoit aussi des enfants en bas âge qui sont élevés dans une pouponnière.

En Belgique existe à Liège « l'Œuvre des Mères et Tout Petits », qui a des centres de placement familial. Dans le budget de l'Œuvre rentrent les subsides des parents, les ressources fournies par l'Œuvre nationale de l'Enfance, le ministère de la justice, la Province, la Commune.

Enfin dans beaucoup de pays étrangers on commence à crer des centres de placement pour les enfants à préserver de la tuberculose.

MORTALITÉ DANS LES CENTRES D'ÉLEVAGE

La mortalité dans les centres d'élevage est comme toute mortalité infantile difficile à connaître avec exactitude. Ici plus encore car il s'agit d'œuvres privées. La statistique de ces œuvres est sujette aux causes d'erreur de toutes les statistiques de mortalité infantile et qui sont : le fait de réunir sur la même statistique des enfants de 0 à 2 ans et même 3 ans ; le fait que le même enfant peut être compté dans la même catégorie plusieurs années de suite ; le fait que les décès survenus après le retour de l'enfant dans sa famille ou après son envoi à l'hôpital ne sont pas comptés. De plus une autre cause d'erreur vient de ce que, dans certaines œuvres, on ne prend que des enfants triés sur le volet ou que les enfants ne sont pas admis avant l'âge d'un mois, 6 semaines et même davantage ; or on sait que pendant les quinze premiers jours de la vie la mortalité infantile est égale à un quart de la mortalité de 0 à 1 an ; que pendant les trois premiers mois elle est égale à la moitié (d'après Mlle Labeaume). De plus comme beaucoup de centres sont de date récente, leur statistique a moins de valeur, car plusieurs années favorables peuvent se succéder. Par contre certains centres acceptent n'importe quels enfants quelle que soit leur hérédité ; ainsi on sait comme souvent les enfants assistés sont débiles, syphilitiques ; les enfants de mère tuberculeuse sans être infectés eux-mêmes, sont souvent d'un poids inférieur à la normale ; aussi les centres qui comprennent tous ces

enfants tarés, peuvent-ils avoir de moins belles statistiques ; leur chiffre de mortalité doit être comparé à celui des mêmes enfants quand ils sont dans les conditions ordinaires de placement et d'élevage. Pour toutes ces raisons c'est sous toute réserve que nous reproduisons, les chiffres de mortalité indiqués par les différentes œuvres : centres de l'Association centrale de Travail et Assistance, 5 o/o environ ; centre de Mainville 6,64 o/o ; centre de Mandres 9 o/o ; centres du Placement familial des tout-petits 3,8 o/o. Encore que ces chiffres seraient trop faibles, et qu'il faudrait les augmenter, il sont encore très éloignés du taux *réel* de mortalité des enfants assistés, des enfants placés chez des nourrices isolées, des enfants vivant dans le milieu familial infecté par la tuberculose. M. L. Bernard estime que pour les enfants laissés auprès de parents bacillifères, la morbidité par tuberculose dépasse 60 o/o sans compter ceux chez lesquels l'affection reste latente pour éclore plus tard et que la mortalité en quelques années est de près de 40 o/o.

PRIX DE REVIENT

Le coût et le prix de revient de l'élevage dans les centres de placement familial est non moins difficile à connaître à sa juste valeur. Il est naturellement moins élevé dans les centres simplifiés qui ne possèdent pas de dispensaire, mais néanmoins il y atteint au moins 5 francs par jour ; c'est le prix indiqué par l'Association centrale de travail et as-

sistance. Aux « Nids » de Porchefontaine, le prix d'une journée est plus élevé : 7 francs à 7 fr. 50 par jour ; c'est d'ailleurs le prix de revient généralement indiqué par les centres avec dispensaire : Mandres par exemple, où même, en 1921-1922, un enfant a coûté 250 francs par mois. A Mainville le prix d'une journée est compris entre 6 et 7 francs. A l'OEuvre du placement familial des tout-petits, le prix d'une journée a été de 6 fr. 51 en 1921, 6 fr. 36 en 1922, 6 fr. 31 en 1923 et on estime que des compressions budgétaires pourront le faire baisser peut-être encore. Le prix de pension payé aux nourriciers varie dans les différents centres entre 100 et 150 francs ; généralement le lait n'est pas compris dans ce prix ; de même les œuvres prennent à leur charge l'achat des berceaux, biberons, baignoires, vêtements ; elles fournissent aux éleveuses les farines, les médicaments. Il est intéressant de mettre en regard les prix exigés par des nourrices ordinaires, sans contrôle et par conséquent sans garantie, qui demandent entre 150 et 300 francs par mois, suivant les régions.

Les OEuvres sont alimentées en grande partie par la générosité privée : dons des membres bienfaiteurs et fondateurs, cotisations, souscriptions publiques, bénéfices de fêtes de bienfaisance, etc... Certaines reçoivent des subventions officielles du ministère de l'hygiène, de la Ville de Paris, des départements, ont une part des bénéfices du pari mutuel. L'Assistance publique et l'Office d'hygiène qui y placent leurs enfants paient le prix de leurs pen-

sions, donnant entre 150 et 180 francs par mois. Les parents de ces enfants, quand ils existent, contribuent selon leurs ressources, à l'entretien de leurs enfants ; mais leur contribution est bien souvent minime. A Porchefontaine on demande 4 à 5 francs aux mères ; l'Association centrale du Travail demande en principe 80 francs aux mères, mais c'est rare quand celles-ci paient plus de 40 francs. Dans les centres du Placement familial, la contribution des parents est très petite.

A part les prix de pension payés aux nourriciers, les frais des centres d'élevage consistent surtout en honoraires dus aux médecins, en traitements des infirmières-visiteuses et de leurs aides, en achats de lait, farines, médicaments. Les frais de premier établissement sont occasionnés par l'achat et l'installation de l'immeuble destiné au dispensaire avec les berceaux, balances, mobilier, etc... Les dépenses faites pour l'entretien du dispensaire, l'éclairage, le chauffage, les moyens de transport, le secrétariat sont encore à ajouter aux frais de fonctionnement.

AVANTAGES DES CENTRES D'ÉLEVAGE

Les centres d'élevage ont de nombreux avantages, comparés aux autres modes de placement du nourrisson « séparé » jusqu'ici en vigueur. Un des plus grands est le placement individuel qui écarte du nourrisson les dangers considérables du rassemblement de nombreux enfants dans un même établissement : contagion qui décuple la gravité de tou-

tes les maladies infectieuses de la première enfance, puis atrophie hospitalière par immobilité prolongée dans le berceau, insuffisance de soins personnels, insuffisance de l'aération. On objectera que si l'éleveuse a de jeunes enfants, ce qui arrive souvent, le danger de contagion existe encore, mais il est moins grand. D'ailleurs la surveillance de l'infirmière s'exerce en même temps que sur son protégé sur la famille même de l'éleveuse, et il convient d'insister sur les connaissances sérieuses que l'infirmière doit avoir de la prophylaxie et du mode de début des maladies infectieuses de l'enfance.

Un autre grand avantage des centres d'élevage est celui de transporter l'enfant à la campagne à l'air pur, si grand stimulant de la nutrition. Beaucoup d'enfants, de débiles qu'ils étaient, à l'admission, deviennent vigoureux, car l'élevage à la campagne produit des enfants plus sains que la vie la plus hygiénique et la plus surveillée des mêmes enfants à la ville. La beauté plastique, la placidité de ces petits frappe le visiteur des centres d'élevage. Dans tous les centres, l'infirmière fait placer les berceaux dehors toutes les fois que le temps le permet, en ayant soin de faire garnir le berceau de boules d'eau chaude pour que le nourrisson ne se refroidisse pas ; dans les autres cas, elle apprend à l'éleveuse à aérer son logement.

Mais la grande supériorité des centres d'élevage tient à la surveillance quotidienne exercée sur le nourrisson, et l'on doit comparer, à ce point de vue, avec l'ancienne mise en nourrice. Le vieux système

Laissée la nourrice complètement isolée ; bien souvent elle est bornée, ignorante, se figure que le mode d'élevage qu'elle a appliqué à ses propres enfants, de race paysanne robuste, peut convenir à de petits citadins dont l'hérédité est souvent chargée ; elle ignore tout des règles de l'hygiène, nourrit l'enfant avec n'importe quel lait, souvent manipulé sans soin ; aussi que d'athrepsies, que de diarrhées graves finissent par emporter l'enfant. D'autre part, ne se sachant pas surveillée, la nourrice a moins de zèle et de dévouement ! Au contraire, dans un centre d'élevage, le grand soin apporté à l'origine et à la manipulation du lait, la surveillance de l'allaitement, les soins précoces de tout trouble digestif, sont les raisons qui expliquent le bon développement des nourrissons.

On ne saurait nier non plus l'heureuse influence qu'a la présence d'un centre d'élevage sur le sort de toute la population infantile de la région. Les règles de l'hygiène pénètrent peu à peu dans les foyers et sont appliquées à chaque enfant. Beaucoup de mères font surveiller leur petit par la consultation, à son grand avantage. Dans tous les centres, on a constaté que la mortalité générale infantile avait baissé depuis l'installation des centres. Ceux-ci contribuent à la diffusion des principes qui doivent diriger l'élevage des tout-petits, et à la grande lutte contre la mortalité infantile.

INCONVÉNIENTS DES CENTRES D'ÉLEVAGE

Après avoir énuméré les avantages des centres

d'élevage, nous devons passer en revue leurs Inconvénients, s'ils en ont. On leur a fait des objections d'ordre moral, disant qu'ils favorisaient la séparation de la mère et de l'enfant et l'allaitement artificiel. Mais cette objection tombe quand on ait comment leurs nourrissons sont recrutés : enfants assistés, enfants de filles-mères nécessiteuses, de parents malades, tuberculeux ; pour tous ces malheureux enfants, la création de centres d'élevage et une nécessité, car sinon, ils iraient échouer chez des paysannes sans contrôle, chez des parents ignorants, dans les hôpitaux et les hospices, et combien en survivraient ?

Les objections d'ordre matériel sont beaucoup plus réelles. D'abord le choix d'une région appropriée est difficile ; nous avons déjà dit comment il devait être fait. Le choix des familles est aussi assez délicat. On ne trouve pas toujours non plus un médecin à la campagne qui désire accepter la surveillance du centre. Vaut-il mieux que ce soit le médecin-inspecteur des enfants protégés ? Oui, puisqu'il a le droit de contrôle sur les enfants du centre. Dans quelques rares cas, le médecin inspecteur a été hostile à la création d'un centre, à l'introduction d'une infirmière-visiteuse en qui il voit une concurrente ; mais c'est assez rare. Le choix de l'infirmière-visiteuse est encore la plus grande difficulté qu'on rencontre quand on veut organiser un centre d'élevage avec toutes les garanties possibles. Comme l'a dit M. L. Bernard, on est arrivé à un point mort de leur recrutement. En France jusqu'à ces der-

nières années, cette classe d'infirmières n'existait pas. Actuellement les écoles qui entreprennent leur formation sont encore rares, mais d'ici quelques années le nombre d'infirmières diplômées augmentera probablement et pourra faire face aux demandes. Disons en passant que la création d'infirmières-visiteuses spécialisées en puériculture est un point important du programme de la lutte contre la mortalité infantile. En Angleterre, on attribue à leur activité la baisse continue de la mortalité infantile, qui est d'ailleurs inférieure à celle de la France. Les « health visitors » reçoivent la notification de toutes les naissances et se rendent dans les familles pour offrir leurs conseils et leur aide. Elles étaient au nombre de 600 en 1914, 1.445 en 1917, 3.508 en 1923 ; il y a une nurse pour 400 naissances, il en faudrait au moins une pour 250 naissances.

On a objecté également que, actuellement, les centres d'élevage donnaient de bons résultats parce que leurs directeurs étaient leurs fondateurs, donc très intéressés à ce que leur œuvre réussisse ; que d'autre part la surveillance médicale en est confiée à des médecins éminents et que la généralisation de ces centres entraînerait fatalement un moins bon recrutement du haut personnel. Sans nier que le médecin a une grande part dans les bons résultats des centres d'élevage et qu'il faille exiger de lui qu'il soit particulièrement compétent en pédiatrie, nous croyons que l'influence prépondérante est celle de l'infirmière-visiteuse. C'est par les soins assidus, par le réglage minutieux de l'allaitement, par

le respect de multiples détails d'hygiène, qu'on assure aux tout petits une croissance normale et qu'on leur évite beaucoup de maladies fatales ; et tout ceci résulte bien de l'enseignement que l'infirmière donne aux éleveuses et de la surveillance assidue qu'elle exerce sur elles.

En somme, créer des centres d'élevage n'est pas une œuvre facile, et ici comme dans beaucoup de questions, la tyrannique question d'argent augmente encore les difficultés. Encore que les frais de premier établissement ne soient pas à comparer avec ceux de l'établissement d'une pouponnière, par exemple, il faut cependant un certain capital pour l'achat d'un dispensaire, son installation bien faite, pour l'achat du matériel d'élevage. Quant aux frais de fonctionnement, comme ils ne sont pas couverts par les prix de pensions payés par les parents, ou les administrations publiques, la question est d'y faire face. Jusqu'ici, les centres en activité appartiennent à des œuvres privées alimentées par la générosité publique. Mais pour créer de nouveaux centres, si indispensables, où trouver de l'argent ?

Certains envisagent la réalisation d'un « fonds commun des œuvres de l'enfance », comme cela existe en Belgique, rassemblant des legs, des dons, des subventions officielles et les répartissant entre les différentes œuvres tout en assurant un contrôle officiel sur elles. D'autres se tournent vers l'Etat. Le sauvetage de l'Enfance n'est-il pas l'œuvre la plus utile qui soit ? Actuellement un enfant placé dans un centre d'élevage coûte environ 7 francs par jour.

Si on retranche la cotisation des parents, l'Etat n'aurait qu'à payer la différence, pour sauver ainsi chaque année un grand nombre de vies humaines, évalué à 40.000 environ rien que parmi les enfants placés en nourrice, sans compter les enfants de tuberculeux. Ou même si l'Etat assurait simplement une subvention fixe aux œuvres privées, celles-ci trouveraient les capitaux pour mettre sur pied de nouveaux centres. Cet effort financier n'est pas une chose impossible. Citons à ce propos le décret du Conseil général du Bas-Rhin, qui en 1922, a décidé que le département couvrirait la moitié des frais occasionnés par la création de centres cantonaux de puériculture, l'autre moitié étant couverte par les sociétés de Croix-Rouge.

D'un autre côté, c'est un bénéfice immédiat que l'Assistance publique réaliserait en plaçant ses enfants assistés dans des centres d'élevage de préférence aux hospices dépositaires ; en envoyant ses convalescents d'hôpitaux dans ces centres, épargnant ainsi des journées d'hospitalisation évaluées à 20 francs. Elle aurait de même grand intérêt à entreprendre la lutte contre la tuberculose dès la première enfance, épargnant pour l'avenir de nombreuses et coûteuses journées d'hôpital, de préventorium, de sanatorium.

* * *

En résumé, grâce à une organisation modèle, à une surveillance rigoureuse de leur fonctionne-

ment, à l'observation minutieuse des précautions indiquées, les centres d'élevage donnent d'excellents résultats pour l'élevage des nourrissons. Il faut en créer pour les enfants assistés, pour les enfants séparés, pour les enfants de tuberculeux, soit sur le type « simplifié », mais seulement pour les enfants normaux, soit sur le type complet. Tel est le vœu émis par diverses sociétés savantes : par l'Académie de médecine le 24 juin 1924, par la Société de Pédiatrie le 4 juillet 1922, par la Sous-Commission de l'Enfance au Conseil municipal de Paris en 1916.

CONCLUSIONS

— Pour que la mortalité infantile diminue jusqu'à la limite possible, il faudrait que chaque enfant fût nourri et élevé par sa mère.

— Mais dans l'état actuel de la société, il est inévitable qu'un grand nombre d'enfants soient séparés de leur mère, et leur mortalité est considérable, avec les anciens systèmes d'élevage ; il y a d'autre part les enfants de parents tuberculeux, que la mort fauche au foyer familial et qu'il est nécessaire de séparer de la famille.

— Pour élever ces enfants et en sauver le plus grand nombre possible, les centres d'élevage surveillé s'indiquent comme le meilleur moyen.

— Pour que les centres d'élevage se multiplient, il faut des infirmières qualifiées, il faut de l'argent. Il faut donc par des mesures légales et des appels à la générosité publique, encourager la formation professionnelle d'infirmières visiteuses et rassembler les fonds nécessaires à la création de nouveaux et nombreux centres.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Rapport sur la révision de la loi Roussel. (Bull. Académie de Médecine, 6 mai 1913.)
- ALLARIA. — Centres surveillés du nourrisson en Italie. (Bull. intern. prot. enf., 1923, p. 169.)
- ARMAND-DELILLE. — L'insuffisance de la loi Roussel et le rôle des centres d'élevage. (Revue philanthropique : 1922, p. 297.)
- Organisation aux Etats-Unis de la lutte contre la mortalité infantile. (Le Nourrisson, mai 1919.)
- L'assistance sociale.
- AVIRAGNET. — Le contrôle de l'élevage des nourrissons. (Rapport au 2^e Congrès de la Mutualité maternelle, Roubaix, 1911.)
- Association centrale de Travail et Assistance. (Procès-verbal de l'Assemblée générale, 1924.)
- BACKER. — Les villages d'enfants en Angleterre. (Revue philanthropique, 1917, p. 136.)
- BERNARD (Léon). — Le placement familial des nourrissons issus de tuberculeux. (Paris Médical n° 1. — Revue de la Tuberculose, 1922, n° 1. — Revue d'hygiène, 1921, p. 1038.)
- La tuberculose pulmonaire (Masson, 1921.)
- BERNARD (Léon) et DEBRÉ. — Les modes d'infection et les modes préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. (Acad. Méd., 5 oct. 1920.)
- BERNARD (Léon) et FOIX. — L'armement antituberculeux français. (Presse médicale, 8 mars 1922.)
- BRINDEAU. — Prophylaxie de la mortalité infantile. (Bulletin médical, 1905, p. 786.)
- COMBY. — Le placement familial des tout petits. (Arch. méd. enf., 1923, n° 4.)
- CRUVEILHIER. — Nécessité de l'uniformisation des statistiques concernant la mortalité infantile. (Congrès mutualité aternelle, Roubaix, 1911.)
- Mme DUBOST, Drs BLECHMANN et DUBOIS. — Le centre rural d'élevage de Mainville Draveil. (Bull. Acad. Méd., 1922.)

- DUCOUDRÉ. — Le placement familial des tout petits. (Thèse, Paris, 1922.)
- GUINON. — Centres d'élevage pour nourrissons privés du sein. (Paris Médical, 1922, p. 72. Bull. Société de Pédiatrie, 1922, p. 210.)
- GONSE BOAS (Mme). — Dispensaires d'hygiène infantile et centres d'élevage. (Revue d'hygiène, 1921, n° 12.)
- LABEAUME (Mlle). — Hygiène sociale de l'enfance. Thèse, Paris, 1924.
- LÉDÉ. — Protection des enfants du premier âge. Elevage mercenaire des enfants en bas âge.
- MARCH. — Uniformisation des bases de la Statistique de la mortalité infantile. (Congrès Mutualité matern. Roubaix, 1911.)
- MARFAN. — Protection des enfants du premier âge. (Le Nourrisson, juillet 1920.)
- Le placement familial des tout petits. (Arch. méd. enf. 1923, n° 4.)
- MERKLEN. — Rapport au 3^e congrès natalité, Bordeaux, 1920.
- L'infirmière cantonale. (Paris Médical, 1921, n° 42.)
- MÉRY. — Rapport à la Conférence de la Ligue contre la mortalité infantile. (Rev. phil. Juillet 1920.)
- Rapport annuel à l'Académie de Médecine. (19 Décembre 1922.)
- Les centres d'élevage et leur rôle social. (L'Hôpital, Janvier 1923.)
- Rapport au congrès international de la protection maternelle et infantile, Paris, 1922.
- MULON et ROUËCHE. — L'hygiène sociale de la mère et de l'enfant. (Revue d'hygiène, 1923, p. 914.)
- NOBÉCOURT et SCHREIBER. — L'hygiène sociale de l'enfance.
- PINARD. — Protection de l'enfance pendant la 3^e année de guerre dans le camp retranché de Paris. (Ann. Gyn. et Obst., 1918-1919.)
- Placement familial des tout petits. — Procès-verbal de l'Assemblée générale, 1924.
- POUDENSAN (Mlle). — De la puériculture à Bordeaux. (Thèse, Bordeaux, 1921-1922.)
- RAIMONDI. — Puériculture et pouponnières. (Baillière, édit.)
- RENAULT (Jules). — Le placement chez une nourrice isolée. (Ligue contre la mortalité infantile. Conférence, 1920.)
- RIBADEAU, DUMAS et MÉRY. — Elevage des nourrissons en dehors de la famille. (Rapport du Congrès des Pédiatres de langue française, Paris, juillet 1922.)
- ROCAZE. — La Maison de l'enfant. (Journ. méd., Bordeaux, 1923, p. 212.)
- ROHMER et WILSDORF. — La lutte contre la mortalité infantile en Alsace. (Congr. All. hyg. soc., Strasbourg, 1923.)

- STRAUSS. — Proposition de loi. (J. off., 1921.). — (Sénat, documents parlementaires. Annexe 393, p. 834.)
- THÉROUDE. — L'élevage des nourrissons en commun. (Congr. intern. protect. mat. et inf., 1922.)
- D'URSEL (Mme). — Rapport au Congr. intern. protect enf., Bruxelles, 1921.
- VEIL-PICARD (Mme). — Rapport au Congr. intern. protect. enf., Bruxelles, 1913.
— Rapport au Congr. intern. protect. enf., Bruxelles, 1921.
- VELGE. — La protection de l'enfance en Belgique. (Congr. intern. prot. enf., Bruxelles, 1921.)
- VIGNES. — L'Assistance obstétricale en Angleterre pendant la guerre. (Ann. Gyn. Obst, 1918-1919.)
- WALLICH. — Rapport annuel à l'Acad. Med. (Bull. Acad Méd. 1923, p. 342.)
— Les pouponnières (Ligue contre Mortal. inf. 1920 et Académie de Médecine, 1924.)
- ZIMMERN. — Les centres surveillés d'élevage du nourrisson. (Bull. intern. prot. enf., 1923, n° 13.)
— Rapport au Congr. des Institutions d'assistance et d'hygiène sociales. (Juillet 1921.)

